

**Les indications et contre-indications
des injections sclérosantes
dans le traitement des varices**

— ✱ —
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 décembre 1939

PAR

GEORGES LAFAYE

Né le 10 février 1915, à Bordeaux (Gironde)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse.**

{ MM. AIMES, professeur, *Président*.
ETIENNE, professeur.
BAUMEL, professeur.
HARANT, agrégé. }

Assesseurs.

—
MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLOT, 3

—
1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555601_0101

**Les indications et contre-indications
des injections sclérosantes
dans le traitement des varices**

Les indications et contre-indications
des injections sclérosantes
dans le traitement des varices



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 décembre 1939

PAR

GEORGES LAFAYE

Né le 10 février 1915, à Bordeaux (Gironde)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse.

MM. AIMES, professeur, *Président*.
ETIENNE, professeur.
BAUMEL, professeur.
HARANT, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLOT, 3

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs.

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELT
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.....	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale.....	GIRAUD.
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD.
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU, <i>assess</i>
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	RICHE.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge...	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	EUZIERE, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie maxillo-faciale.....	LAPEYRE.
Radiologie (ch. de c.).....	DEJEAN.
Anatomie (ch. de c.).....	TERRACOL.
Histologie (ch. de c.).....	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat

Professeurs honoraires : MM. RODET, TÉDENAT, GALAVIELLE, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, BOSCH, VIRES, VILLARD et CABANNES.

Chargés de cours complémentaires.

Histoire naturelle médicale.....	MM. HARANT, Dr.
Pathologie médicale et Clinique propédeutique médicale.....	BAUMEL, prof.
Clinique propédeutique médicale.....	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON, agr.
Clinique phthisiologique.....	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale.....	GUIBAL, agr.
Pathologie externe.....	MOURGUE-MOLINES, ag.
Médecine opératoire.....	ROUX, agr.
Accouchements.....	CADÉRAS DE KERLEAU, agr.
Stomatologie.....	FERRIER, Dr.

Agrégés en exercice.

Bactériologie.....	MM. CARRÈRE.
Médecine.....	BAUMEL.
	P. RIMBAUD.
	LAFON, ch. d'agr.
Chirurgie.....	BOUCOMONT, agr.
	AIMES.
	MOURGUE-MOLINES.
	GUIBAL.
	ROUX.
Chimie.....	MONNIER, agr.
Obstétrique.....	CADÉRAS DE KERLEAU, agr.

Examineurs de la thèse.

MM. AIMES, professeur, <i>président</i> .	MM. BAUMEL, professeur.
ETIENNE, professeur.	HARANT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MERE, A MON PERE,

*Auxquels je dois tout. Ma gratitude
est au-dessus de toute formule comme
le fut leur dévouement. Qu'ils sachent
ma joie d'écrire pour eux cette étude.
Ce sont, plus que les miens, leurs
efforts qu'elle couronne.*

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES.

*A l'obligeance duquel je dois d'avoir
réalisé ce travail. Qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de ma vive
reconnaissance.*

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES

DES FACULTES DE MONTPELLIER ET DE PARIS

PRÉFACE

Je prie tout d'abord que, l'on ne veuille bien considérer ce travail que comme un essai sur l'état de la question des injections sclérosantes dans le traitement des varices. Les circonstances ont forcément prescrit des limites très rigoureuses à une pareille étude et il peut sembler prétentieux de conclure en quelques pages sur le débat qui depuis bientôt vingt ans, oppose la **seringue** et le **bistouri**. Aussi nous retrancherons-nous prudemment derrière l'autorité compétente de M. le Professeur AIMES qui nous a fourni, par ses observations et ses statistiques scrupuleuses, les bases de notre thèse. Notre reconnaissance lui est acquise et nous le remercions très vivement de l'aide qu'il nous a apportée.

Les discussions sont toujours vives entre les partisans de la méthode sclérosante et ses détracteurs, et l'on pourrait s'étonner des résistances qu'a trouvé et trouve encore le procédé de SICARD depuis sa création. La cause en est variée.

Certaines légendes d'abord. La suppression de gros trajets veineux peut-elle améliorer une circulation de retour déjà encombrée? Nous connaissons assez la valeur de cette circulation de retour dans des veines ectasiques pour y répondre et d'ailleurs la pratique a fait la preuve des résultats de cette suppression : amélioration des phénomènes de pesanteur, de l'œdème sus-

malléolaire, des ulcères et eczémas, des différentes trophodermoses variqueuses.

L'embolie? Mais les substances sclérosantes ne sont pas coagulantes. L'oblitération des veines n'a son origine que dans la paroi même de ces veines, par une irritation chimique de son endothélium qui aboutit à une œdématisation et une organisation en tissu conjonctif. JENTZER a montré (Congrès de Chirurgie, 1925) que cette imprégnation intéressait toute l'épaisseur de la paroi. Processus qui ne ressemble en rien à la thrombose.

Beaucoup de troubles ont été aussi imputés à des varices, (pieds-plats, arthrites chroniques; névrites, sciatiques (1), artérites), et ces erreurs de diagnostic ont porté tort à la cause de la fibrose curative. Des maladresses de technique, des contre-indications excessives peuvent enfin entrer en ligne de compte dans ce bloc de résistance que trouve encore la méthode de SICARD, tant auprès du public, qu'auprès du corps médical.

Le but de cette étude est d'essayer d'en résumer les indications et contre-indications qui, après les travaux de DELATER, de HUMBERT, de AIMES, de FILDERMANN, de TOURNAY, paraissent maintenant bien définies.

*
**

(1) Le professeur Aimes cite, dans sa statistique de 1927, 14 cas de sciatique d'origine variqueuse. Ces varices siègent au niveau des veinules qui entourent le nerf sciatique. Ce serait d'ailleurs les seuls cas de varices internes, situées qu'elles sont dans un tissu cellulaire lâche, tandis que les autres veines profondes bénéficient de l'appui musculaire.

INTRODUCTION

C'est à la fin de la grande guerre que SICARD découvrit les propriétés sclérosantes de certains produits. Traitant des syphilis nerveuses par un iodure en injection intra-veineuse, il se rendit compte bientôt de l'oblitération progressive des veines. Celle-ci s'établissait sans douleur, ni enflure, ni réaction plébitique et aboutissait au bout de quelques temps à un dessèchement fibreux de la veine. Cette fibrose fut ensuite étudiée à d'autres fins et en 1920, SICARD publiait les premiers résultats de son nouveau procédé.

Déjà, en 1853, PRAVAZ et son école avaient tenté une thérapeutique anti-variqueuse par oblitération, mais ils obtenaient celle-ci par des coagulants tels que le perchlorure de fer, la liqueur iodotannique (Vallette, 1875), le chloral (Negretti, 1889), le sublimé (Scharff) etc... Bien souvent, à côté de réussites certaines, on observait des réactions phlébitiques graves, des embolies, et la méthode fut abandonnée.

En 1922, SICARD substitua le salicylate de soude au carbonate trop caustique. Depuis, des quantités de produits furent employés : le chlorhydrate de quinine, urethane, la quinine-urée, le biiodure de mercure, l'iode (Gerson), la citrate de soude, le morrhuate de soude, la glycérine (Jausion), le glucose (en Allemagne), etc...

Chacun de ces produits présente ses avantages et a

ses partisans. On peut subordonner leur choix et leurs taux aux différents cas, et nous disposons actuellement, pour la sclérose curative des varices, d'un clavier thérapeutique relativement varié. Il nous sera donné de revenir électivement sur tel ou tel produit en étudiant des différentes indications de la méthode sclérosante.

Auparavant il nous paraît utile d'en préciser les contre-indications.

CONTRE-INDICATIONS DE LA MÉTHODE SCLÉROSANTE

Et tout d'abord, les contre-indications formelles.

La grossesse d'ailleurs facteur prédisposant à l'apparition et au développement des varices, est la première de ces contre-indications.

Et pour plusieurs raisons :

Les varices apparaissent souvent pendant la grossesse et disparaissent ensuite spontanément ou tout au moins s'améliorent. Le traitement sclérosant sera alors ou inutile, ou considérablement facilité. D'autre part l'injection de salicylate ou de quinine peuvent avoir sur les fibres utérines un effet lâcheux et provoquer un avortement ou un accouchement prématuré.

Enfin, il peut être imprudent d'irriter l'endoveine des femmes enceintes, prédisposées aux phlébites de par l'augmentation de la fibrine du sang. Un élément microbien risque de se superposer à l'élément inflammatoire simple. Cependant TOURNAY pense (*La Médecine générale*, mai 1939), qu'il peut être parfois avantageux de traiter précocément certaines varices de la grossesse, et il pratique dans les ectasies anciennes, volumineuses et douloureuses, une sclérose des gros troncs variqueux dans les deux ou trois premiers mois. Il est inutile de dire avec quelles précautions il faut adopter cette thérapeutique pour laquelle il sera prudent de choisir des substances à action douce (glucose par exemple).

Les états infectieux, qu'ils soient généraux (fièvre typhoïde) ou locaux (variqueux porteurs d'abcès, de

furonculose, ulcères infectés) sont aussi une contre-indication à la méthode. L'irritation de la paroi veineuse peut solliciter l'apport d'un agent microbien et créer un nouveau foyer.

Les tumeurs du bassin : Les varices sont alors un symptôme, le signe d'une compression intra-pelvienne, et il est nécessaire d'en traiter d'abord la cause. Certains troubles de la ménopause pourront aussi en imposer pour des troubles circulatoires, là où l'examen révélera la présence d'un fibrome.

Les dilatations veineuses sus-pubiennes, si elles sont dues à une phlébite des veines iliaques, constituent une circulation de remplacement et seront également respectées.

La thrombo-angéite oblitérante est, pour la plupart des auteurs, une contre-indication formelle. Elle est discutée par d'autres, tout au moins dans certains cas. SICARD, FORESTIER et GAUGIER ont, au début de son application, restreint le champ des indications de la méthode sclérosante. Ils craignaient l'activation du processus oblitératif, l'aggravation de l'artérite et le développement rapide du sphacèle par suite de la double oblitération artérielle et veineuse. Le dépistage de ces claudications intermittentes reste toujours primordial. SICARD et GAUGIER le définissaient en ces lignes : « Un signe capital doit nous mettre en éveil : de tels malades souffrent pendant la marche, ils sont améliorés au repos. C'est exactement l'inverse de ce qui se passe chez les variqueux qui souffrent dans la station-debout et qui sont soulagés par la marche. Dans la forme classique, la plus fréquente de la claudication intermittente les malades peuvent faire une marche plus ou moins

longue; bientôt, ils ressentent des douleurs, des crampes, qui les obligent à se reposer. Après quelques minutes de repos, ils peuvent repartir et marcher alors jusqu'à ce que les mêmes symptômes se reproduisent.

Lorsqu'on a quelque doute sur le diagnostic, il suffit de mettre un brassard de Pachon au-dessus de la cheville, et il sera facile de vérifier qu'aucune onnée sanguine ne passe, l'indice oscillométrique est nul ou à peu près nul. D'ailleurs, on ne sent pas, au doigt, battre la pédieuse, et c'est à peine si la fémorale présente des battements perceptibles. »

Actuellement DELATER préconise, au contraire, l'emploi de la méthode sclérosante, tout au moins dans les cas ne présentant pas les lésions dystrophiques consécutives à une oblitération totale et définitive. LOUVEL (*Presse médicale*, 9 mai 1931) pense que les injections sclérosantes agiraient à la manière d'une sympathectomie péri-artérielle et péri-veineuse. Or, la claudication intermittente est le fait d'un spasme artériel ou tout au moins, ce spasme existe-t-il presque toujours associé à la lésion artérielle. On a pensé qu'il pouvait être entretenu par un réflexe amorcé au niveau des veines superficielles dilatées.

De plus la stase veineuse ne peut être qu'une gêne supplémentaire à la circulation de retour, dans un système où l'apport sanguin est déjà déficient.

DELATER cite douze malades (*Concours médical*, mars 1935) et TOURNAY une trentaine (*Bulletin médical des praticiens*, juin 1937) où le traitement sclérosant n'a amené aucune aggravation, mais, au contraire, dans la majorité des cas, un léger accroissement de l'indice oscillométrique, une diminution considérable de la gêne, de la pesanteur et l'espacement des crampes.

Les observations ne sont peut-être pas encore suffi-

samment complètes pour permettre de conclure. De toute façon, on n'abordera les varices des claudicants intermittents qu'avec une extrême prudence, et après un examen préalable très scrupuleux où le Pachon dirigera l'acte thérapeutique.

Les maladies graves du cœur, des reins, ou du foie commandent l'abstention. La déficience de ces organes peut être aggravée par le surmenage nerveux ou toxique, provoqué par l'injection. De plus, un cœur fatigué peut ne pas être capable de fournir l'effort exigé de lui par la suppression brusque d'un territoire vasculaire. Par contre, une cardiopathie bien compensée peut parfaitement s'accomoder d'un traitement sclérosant prudent. Parfois même, chez d'anciens rhumatisants, le salicylate est particulièrement indiqué.

Une glucosurie légère ou une albuminurie discrète ne constituent, d'emblée, une contre-indication formelle. Le traitement sera, bien entendu, prudemment conduit chez ces malades dont les urines seront régulièrement surveillées et l'on évitera certaines substances telle que la glycérine, la quinine, pour lesquelles les cellules hépatiques et rénales sont sensibles.

Mais pour un diabétique grave, en imminence de gangrène, l'injection sclérosante est à rejeter, au même titre que l'exérèse.

Au sujet des **phlébites**, l'opinion des partisans de la phlébosclérose a évolué. Au début, l'abstention était la règle. Actuellement les auteurs sont d'accord sur l'innocuité de la méthode (tout au moins dans certains cas) et sur ses indications.

Il faut d'abord distinguer la phlébite de la *veinite* ou *périveinite*. Celle-ci, poussée inflammatoire amicrobienne, de courte durée, localisée à un placard rouge

et dur, sans élévation de température, est très distincte de l'infection phlébitique, longue, généralisée à tout le membre, et accompagnée de fièvre. On fera parfois le diagnostic rétrospectif de simple veinite chez un variqueux qui déclarera avoir eu une phlébite.

Dans les cas où celle-ci est authentique, il conviendra de distinguer les cas justiciables du traitement sclérosant. Il est entendu qu'en pleine poussée inflammatoire, ces jambes « en poteau » œdématisées, rouges et luisantes, à peau distendue par la stase veineuse seront respectées. Souvent d'ailleurs la poussée phlébitique sclérosera une partie des segments veineux atteints. Une thérapeutique décongestionnante (bottes de Unna, bandes caoutchoutées, cure de Bagnoles, massages), sera seule efficace et pourra préparer le traitement sclérosant. On ne le pratiquera d'ailleurs qu'après un long délai.

Par contre, chez les phlébitiques ou péri-phlébitiques **superficiels** anciens, lorsque le processus inflammatoire sera bien éteint, on pourra tirer bénéfice de l'injection sclérosante, en tenant compte de la susceptibilité particulière de ces veines aux substances sclérogènes. Il faudra donc faire des injections prudentes en tâtant la sensibilité de la veine, par étapes. JAUSION propose une formule qui paraît assez indiquée dans les cas où la fibrose doit être progressivement et lentement conduite; c'est celle de la glycérine chromée :

Glycérine	126 gr.
Alun de chrome	1 gr. 50
Eau distillée	200 gr.

A répartir en ampoules de 5 cc. Stériliser 45 minutes à 100 degrés.

On injecte de 4 à 10 cc. selon le degré de sclérose, en commençant par des points éloignés de l'ancien foyer inflammatoire.

Cette solution serait d'action plus douce que le salicylate; même à des doses faibles. Cependant si on préfère utiliser ce dernier, il convient de l'employer très dilué, à des taux de 10 puis 15 pour 100 (2 à 3 cc. de solution.)

Contrairement à ces principes de prudence, DELATER, CHAILLY et TOURNAY, depuis quelques années, interviennent en pleine période aiguë de phlébite variqueuse, si celle-ci siège dans la jambe, si l'injection est possible entre le foyer d'infection et la crosse de la saphène. Cette technique de « barrage » répond à trois buts :

1° Limiter l'inflammation (microbienne ou non) et empêcher sa propagation vers la racine du membre.

2° Provoquer plus rapidement la sédation du foyer, la disparition de la douleur par la suppression de la pesée de la colonne sanguine dans la veine sus-jacente, devenue indurée, scléreuse.

3° Eviter une migration embolique éventuelle, rare mais néanmoins possible.

De toute façon, que l'on traite précocément ou tardivement ces phlébites superficielles, il faudra toujours s'assurer de la perméabilité du réseau profond, selon le principe que nous allons étudier au paragraphe suivant. En conséquence l'abstention sera la règle dans des grosses phlébites superficielles, avec fièvre élevée, œdème, etc..., où l'on peut préjuger de la participation du réseau profond, le plus souvent inévitable.

Les phlébitiques anciens profonds, poseront un problème thérapeutique différent des cas précédents. Là en effet deux gros risques sont à craindre :

1^o Le réveil d'un microbisme latent au niveau du foyer ancien. Le fait est rare mais il a été néanmoins observé au début de l'application de la méthode sclérosante. SICARD et GAUGIER ont bien défini la symptomatologie de ces réveils infectieux :

« Dès la première piquûre, avant même que les opérés aient quitté l'hôpital, des douleurs locales se manifestent. Ce sont des algies profondes, spéciales, de type végétatif; les malades ne s'y trompent pas. Il s'agit presque toujours de femmes. Elles songent avec effroi à la reprise de phlébite. Le repos nocturne n'amène qu'une légère détente et tout lever est interdit. Le simple acte de laisser le pied hors du lit réveille des douleurs. Le pied, le cou-de-pied, la jambe sont le siège d'un œdème blanc pâle. Il existe un léger mouvement fébrile.

La poussée phlébitique rentre heureusement dans l'ordre après une semaine ou deux de repos. Dans ces cas de réveil franc de phlébite, nous n'avons jamais observé d'embolie, mais il convient d'être prudent et de ne permettre le lever qu'après cessation des douleurs et disparition de l'œdème ainsi provoqué. »

2^o La suppression d'une voie de retour nécessaire, de suppléance. Si, les veines profondes restant imperméables, on oblitère le réseau superficiel de remplacement, on rend possible la gangrène du membre si d'autres voies collatérales ne sont pas organisées rapidement pour permettre la circulation. La sclérose brutale, rapide, de la seule voie de retour amènera forcément le blocage du courant sanguin.

Le signe de DELBET et MOCQUOT nous permettra d'apprécier la perméabilité des veines profondes : un lien, serré modérément, est appliqué au niveau de la cuisse, au-dessus des veines dilatées. On fait marcher le malade : Si les veines profondes sont perméables, la contraction des muscles chasse ce sang contenu dans les varices superficielles, qui se vident en partie dans les veines profondes, tandis que le lien placé au-dessus s'oppose au reflux sanguin de haut en bas. On observe alors une diminution de calibre des trajets variqueux, et le doigt apprécie un abaissement de tension à leur niveau.

Dans ces cas, et dans ceux-là seulement, on sera autorisé à pratiquer l'injection sclérosante, à condition d'agir très prudemment, très lentement et tardivement : Il faudra pour cela attendre un minimum de trois ou quatre ans après la regression des phénomènes inflammatoires.

Nous en arrivons maintenant à des contre-indications plus discutables.

Les **hypertendus**, les **pléthoriques**, réclameront une prudente surveillance. On pourra utiliser, lorsque la tension artérielle ne sera pas trop élevée, la solution de LUGOL ou mieux, la formule de GERSON, moins toxique :

Iode	1 gr.
Iodure de sodium	2 gr.
Eau distillée	qs pour 100 cc.

L'âge n'est pas une contre-indication : Dans la statistique du Professeur AIMES (1939) on note 610 cas de varices traitées chez des sujets de plus de 60 ans.

L'œdème, coïncidant avec des varices nettes, injectables, regresse facilement avec le traitement sclérosant. Parfois les veines ne sont pas accessibles, ou la jambe, œdématisée ou éléphantiasique, rend l'injection impossible. Il sera alors nécessaire de « préparer » le malade par une immobilisation au lit, jambe élevée, associée aux massages de bas en haut, et à l'application de bottes ou bandes de Unna. La plupart du temps l'empâtement diminue et les premières injections complètent cette action résolutive qui permettra de poursuivre le traitement complètement.

Parfois au contraire l'œdème évolue et passe par trois phases : La première, d'œdème mou, blanc, dépressible, réductible ; la deuxième, d'œdème dur, rosé, tendu, irréductible ; la troisième, facultative, de sclérose.

Dans nombre de cas la sclérose augmente, entrecoupée de phases de dermite et d'ulcération. Peu à peu se constitue un anneau de sclérose, un manchon de 12 à 15 millimètres de hauteur, commençant juste au-dessus des malléoles et remontant au tiers moyen de la jambe. Il se prolonge en bas sur les malléoles, surtout sur l'interne et en arrière d'elle. L'hypoderme est fonctionnellement supprimé : La peau est tendue, fendillée, plaquée sur l'os et les aponévroses, parsemées de zones de dyskératose et d'ulcérations ecthymateuses gommeuses ou autres. La sclérose annulaire est l'expression visible d'un processus qui atteint toute cette partie du membre et qui se traduit sur l'os par de la périostite et des exostoses visibles à la radiographie. Fréquemment des poussées de dermite modifient cet aspect. •

Parfois la lésion s'arrête dans son évolution, sur une hauteur de 6 à 15 centimètres, la peau est blanche,

cicatricielle, leuco-mélanodermique. La douleur et l'impotence sont considérables. » (L. GERSON, Société de Dermatologie, 7 novembre 1933).

Ces lésions sont une contre-indication formelle de la méthode sclérosante et indiquent la diathermie, la désinfection, les bains chauds.*

Certaines **ectasies considérables** ont été considérées par SENEQUE, comme ne relevant pas de la méthode sclérosante, « La saphène forcée très volumineuse est justiciable de l'extirpation. » C'est un cas, en effet, où la saphenectomie est un procédé de choix.

Mais la sclérose curative, associée à la ligature peut aussi être pratiquée avec succès. (HEMPEL, TAVEL, LEGENE, G. D'ALLAINES, H. ROSEAU).

Enfin, la **septicémie veineuse subaïque** de Vaquez, récidivante, n'est pas une contre-indication pour SICARD qui la considère comme un processus de veinite plutôt que de phlébite.

LES INDICATIONS DE LA MÉTHODE SCLÉROSANTE

Il est difficile de définir les indications du procédé de SICARD, car la plupart des varices en sont justiciables. Nous venons d'en voir les contre-indications, tantôt formelles, tantôt discutables; certaines de ces dernières rentrent dans le cadre des indications (œdème, phlébites superficielles avec réseau profond perméable, etc... et nous n'y reviendrons pas.)

Il existe en outre certaines variétés pour lesquelles la thérapeutique s'imposera plus particulièrement.

Les **varices apparentes isolées** sont le triomphe de la fibrose curative. Ce sont, chez des sujets jeunes, des trajets moyennement dilatés, à parois peu amincies, siégeant le plus souvent dans le territoire de la saphène interne et disparaissant complètement et définitivement après quelques séances.

Les **gros paquets variqueux isolés** sollicitent également l'injection sclérosante. Nous avons signalé, dans les grosses dilatations ampullaires le bénéfice que l'on peut tirer d'une ligature associée. Le plus souvent on obtiendra une guérison rapide et durable avec le seul procédé de SICARD. Ce dernier avait ainsi précisé les indications majeures de sa méthode :

« La varice unique, sinueuse ou linéaire, qui soulève le bas d'une façon inesthétique, est la principale indi-

cation de la méthode; également les paquets sinueux, vermiformes, volumineux ou non, plaqués sur le creux poplité ou la région des condyles fémoraux sont très rapidement réduits par les injections. Par contre, les malades dont le tissu veineux cède de toutes parts sont beaucoup plus difficilement améliorés. »

Dans ces derniers cas, véritables **éponges variqueuses**, pour lesquels l'intervention est inefficace, HUMBERT emploie actuellement la méthode des grandes irrigations sclérosantes à faibles doses, dans des veines vides, l'injection se faisant de haut en bas. On traitera les canaux principaux, étant bien entendu que le réseau veineux sous-cutané trop abondant, multiple, et inaccessible à la seringue, sera laissé de côté.

Les solutions faibles ainsi utilisées permettent d'éviter de violentes réactions inflammatoires possibles au niveau des veines dilatées aux parois minces et fragiles. D'autre part une solution hypertonique risquerait de ne pouvoir se substituer au sang dans ces capillaires.

Les **varices traumatiques** sont justiciables de la méthode. Siégeant, en général sur la crête tibiale, elles se développent chez des prédisposés, sur un terrain diathésique. On ne les abordera, en principe, qu'après disparition des marques de la contusion qui sera à leur origine.

Les **varices douloureuses**, les **varices « chaudes »**, seront traitées ainsi que les **varices hémorragiques**.
Veine sclérosée ne peut plus saigner.)

La gêne résultant de certaines dilatations veineuses accompagnées d'enflure, d'œdème, de fatigue vespérale disparaîtra.

Dans les cas de **varices en voie de complications** la fibrose curative sera une bonne précaution qu'il s'agisse de *rupture* : on traitera les veines très superficielles, à fleur de peau, les varicès au contact d'un os; — *d'eczéma* : peau sèche, squameuse, ichtyosiforme (eczéma sec) ou présentant une sécrétion exagérée des glandes sudoripares (eczéma suintant); — *d'ulcère* : fragilité excessive de la peau, avec pigmentation.

Les **varices inesthétiques** viendront souvent en clientèle solliciter l'injection sclérosante. C'est une indication fréquente pour laquelle les statistiques suivent la mode. Par ailleurs, ce traitement sera nécessité par certaines exigences professionnelles; artistes, mannequins, danseuses, pour lesquelles la méthode est une délivrance.

Souvent aussi le procédé de SICARD tirera ses indications de contre-indications chirurgicales : fragilité de la peau, eczématisation. « Dans les cas où les dilata-tions sont très accentuées, cette méthode est préférable à l'excérèse chirurgicale si la peau des malades est en mauvais état, si elle a été le siège de troubles trophiques antérieurs. » (SÉNÉQUE). Ce seront des complications infectieuses. — *ecthyma*, *dermites aiguës*, *dermite chronique à type extensif*; ou trophiques *dyskératose limitée périmalleolaire*, *pachydermose*; *eczémas*; pour lesquels un traitement toxique désinfectant sera institué. (GERSON).

Les **ulcères variqueux** relèveront de la phlébosclérose s'il ne s'agit pas d'un dystrophisme post-phlébitique, ni d'un ulcère ancien, serpigineux, sordide avec grosses lésions de voisinage (eczéma, folliculites, infections dermiques, et sclérose ligneuse périphérique.

Mais dans l'ulcère variqueux récent, le procédé de SICARD, associé dans une première étape à la désinfection, à l'assèchement, et aux pansements élasto-compressifs (pâtes de Bourgraff au peroxyde de zinc, bolles d'Unna) amènera une prompte guérison.

Il faut signaler à part l'ulcère, syphilitique variqueux, à bords nets, à dystrophisme de voisinage bénin pour lequel le traitement spécifique s'imposera, associé ou non à l'injection sclérosante.

Les **ectasies capillaires** (capillarites) dont on a dit (GERSON) qu'elles « faisaient le lit de la dyskératose » se réclament de la fibrose curative ainsi que les **varicosites multiples**, les **télangiectasies**, chaque fois que leur calibre permettra de les aborder. DELATER a indiqué, en 1926, pour le traitement des **varicules en pinceaux dermiques**, une méthode d'imprégnation avec une solution très diluée (5 p. 100) de chothydrate de quinine-urée qu'il injecte dans la nappe de tissu cellulaire sous-cutané. Mais cette méthode est infidèle.

Enfin, une des grandes indications de la sclérose veineuse est constituée par les **hémorroïdes**. Nous ne pouvons dans le cadre de cet ouvrage, nous étendre sur la méthode de BENSAUDE, ses avantages et sa technique. Nous nous contenterons d'en préciser les contre-indications :

1° Ce sont d'abord les contre-indications générales du traitement sclérosant, *atteinte grave du foie, du cœur, des reins*.

2° Les *varices ano-rectales symptomatiques* d'une compression sur le trajet des veines hémorroïdales moyennes et supérieures par une tumeur du rectum, ou d'un barrage sur la veine porte par cirrhose avancée.

3^o Enfin les *procidences irréductibles* étranglées et menacées de sphacèles.

En outre l'injection sclérosante sera ajournée dans les cas de grossesse, de compression pelvienne, de spasme sphinctérien, et chaque fois qu'une grosse pro-cidence difficilement réduite laissera redouter qu'une altération de la muqueuse due à la distention et aux tiraillements du taxis n'ait pour conséquence une infection locale, un abcès, un sphacèle.

*
**

Voici donc passées rapidement en revue les différentes indications et contre-indications de la méthode de SICARD.

Nous avons l'avantage d'avoir, en application de cette méthode, une statistique précieuse due au Professeur AIMES qui a réuni depuis 1921, tous les cas de varices qu'il a eu à examiner et à traiter.

Nous allons, dans une troisième partie, les étudier et les commenter.

STATISTIQUE

La statistique de Monsieur le Professeur AIMES, publiée dans *Montpellier-Médical*, août 1939, porte sur 2690 cas recueillis en 18 ans de pratique.

On relève 1582 cas traités par injection sclérosante, répartis comme suit :

Carbonate de soude : 6 cas.

Solution de carbonate de soude associée au traitement spécifique : 1 cas.

Solution de quinine uréthane : 1287 cas.

Solution de quinine associée au traitement spécifique : 89 cas.

Solution de salicylate de soude : 3 cas.

Traitement spécifique seul : 39 cas.

Traitement médical (dont trois diabétiques) : 142 cas.

Traitement diabétique associé aux injections de la solution de quinine : 2 cas.

Traitement médical, puis injection de quinine : 1 cas.

Solution de quinine, puis de salicylate : 4 cas.

Solution de quinine, puis de carbonate : 7 cas.

Solution de quinine associée au traitement spécifique, puis solution de carbonate : 1 cas.

On note en regard de ces chiffres : 17 cas traités

chirurgicalement (saphénectomie, extirpation de paquets variqueux, section de la saphène entre deux ligatures), 38 traitements ambulatoires par bottes de Unna ou bandes élastiques, 15 traitements thermaux et 77 cas non traités.

La presque totalité des ulcères et eczémas (800 environ) ont été soumis à des topiques et pansements associés à la thérapeutique sclérosante.

Les résultats signalent 1383 cas guéris, très améliorés ou améliorés, 114 cas de varices récidivantes dont 48 ont cédé à une reprise du traitement, 128 cas de récurrence de l'ulcère (dont 35 guérisons après reprise) et 33 récurrences d'eczéma.

La statistique très complète du Professeur AIMES donne le détail des différents cas. Il ne nous paraît pas utile de l'exposer dans ces pages où nous avons voulu nous cantonner à une étude des indications et contre-indications de la méthode de SICARD.

Nous ne donnons donc ici que le chiffre des résultats, rapporté au nombre de cas traités. Le lecteur voudra bien consulter « *Montpellier médical* » pour les données statistiques portant sur les conditions étiologiques des lésions anatomiques, les traitements (chirurgicaux et sclérosants) les incidents et accidents.

On se rend compte, dès l'examen de ces chiffres, de la proportion élevée des cas traités par la fibrose curative, mais aussi de ce que tous les cas *traitables* n'en sont pas justiciables : « La saphénectomie en effet, dit le Professeur AIMES, est une excellente opération à la condition d'être totale, sauf si elle s'adresse à un paquet variqueux isolé. » Ses indications sont : Les varices multiples qui exigeraient de trop nombreuses injections, les paquets variqueux du triangle de Scarpa,

la saphène forcée, les varices anciennes avec phlébolithes, les accidents phlébitiques localisés à évolution lente et récidivante (résection du segment thrombosé entre deux ligatures) certains œdèmes inflammatoires invétérés, les varices réfractaires aux substances sclérogènes.

D'autre part, on peut l'associer heureusement à la phlébosclérose : « Traitement chirurgical et traitement sclérosant ne s'opposent pas. » (AIMES).

Mais la majorité des cas relèvera du procédé de SICARD comme le démontrent les chiffres précédents.

Cependant les récides ne sont pas rares, surtout si le traitement ne s'attaque qu'aux manifestations locales de la maladie veineuse. Il faudra chaque fois qu'on le pourra traiter d'abord la cause.

Il ne faut pas non plus oublier que de « nombreux facteurs interviennent pour favoriser la récide : Mauvaise hygiène, reprise des occupations, surmenage, traumatismes, infections. » (AIMES).

CONCLUSION

En résumé et pour conclure, la méthode de SICARD sera un procédé de choix pour toutes les *dilatations veineuses superficielles, les paquets variqueux isolés, les varices douloureuses, gênantes, inesthétiques, les grosses dilatations flexueuses anciennes, les « éponges variqueuses »* pour lesquelles la chirurgie est impuissante.

Ce sera une thérapeutique précieuse pour certaines complications :

L'ulcère, (sauf pour les ulcères sanieux, profonds, infectés) et *l'eczéma*, pour lesquelles on l'associera aux traitements dermatologiques.

L'œdème, lorsqu'il n'est pas arrivé à la phase d'œdème dur scléreux.

La phlébite superficielle, pour laquelle on attendra l'extinction des phénomènes inflammatoires.

La phlébite ancienne profonde, même sera justiciable de la fibrose curative si l'épreuve de DELBET et MOCQUOT en signe d'indication.

Quand aux contre-indications, elles seront formelles pour les cas suivants :

La grossesse, où les varices sont symptomatiques et, le plus souvent, régresseront après l'accouchement; où

le traitement sclérosant peut amener l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Les tumeurs du bassin, qui réclameront un traitement causal.

Les cardiopathies mal compensées, les atteintes graves du foie et du rein.

Les maladies infectieuses : fièvre typhoïde, fièvre ondulante, grippe, paludisme, etc...

L'artérite oblitérante enfin, si le Pachon fait la preuve du blocage artériel.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Les indications et contre-indications des injections sclérosantes dans le traitement des varices par M. LAFAYE (GEORGES).

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 6 décembre 1939.

Le Professeur,
AIMES.

Vu :

Montpellier, le 6 décembre 1939.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 6 décembre 1939.

Le Recteur,
PARISELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES. — Les varices et leur traitement (Maloine, 1928).
- Traitement des varices et de leurs complications (*Montpellier médical*, août 1939).
- ALLAINES (d') et ROSEAU. — Traitement des varices par ligatures des troncs associée aux injections sclérosantes (*Presse médicale*, 29 juin 1927).
- DELATÉ (G). — Les maladies des veines et leur traitement (Masson, 1932).
- GERSON. — Remarques sur le traitement des varices (*Répertoire médical*, janvier 1934).
- JAUSION (H). — Glycérine chromée et sclérose des maladies veineuses (*Presse médicale*, 5 juillet 1933).
- LOUVEL. — Injection sclérosante et sympathectomie périveineuse (*Presse médicale*, 9 mai 1931).
- SICARD et GAUGIER. — Traitement des varices (Masson, 1927).
- TOURNAY. — Les varices (Maloine, 1927).
- Traitement des varices. Chirurgie ou injection sclérosante? (*Société médicale des praticiens*, juin 1937).
- La médecine générale française* (mai 1937).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
